

بررسی شیوع افسردگی در ۵۲ بیمار ویتیلیگو مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۳

دکتر مسعود ملکی^۱، دکتر زری جاویدی^۲، دکتر بیتا کیافر^۳، دکتر
وحید سعادتیان^۴،
علی اکبر صارمی^۵

^۱استادیار گروه پوست ، دانشیار گروه پوست ، دستیار گروه پوست -

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۲استادیار گروه اعصاب و روان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد

^۳کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

^۴گروه اعصاب و روان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد

خلاصه:

مقدمه : ویتیلیگو یک بیماری اکتسابی پوست با شیوع حدود ۱٪ در جمعیت می باشد . علیرغم پیشنهاد روش های مختلف برای درمان آن ، غالباً سیر بیماری پیشرونده بوده و پیش آگهی قابل پیش بینی نیست . در جامعه ما با توجه به وجود نگرش منفی عموم به این بیماری ، مشکلات اجتماعی - خانوادگی زیادی برای مبتلایان ایجاد می شود که می تواند زمینه ساز بروز اختلالات روانپزشکی گردد. به علاوه در مورد جنبه های روانپزشکی این بیماری مطالعات کمی تاکنون انجام شده است . هدف از این مطالعه بررسی شیوع و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو براساس مقیاس سنجش افسردگی هامیلتون (Hamilton rating score for depression) و مقایسه آنها با افراد کنترل سالم می باشد .

روش کار : این مطالعه به صورت مقطعی تحلیلی - توصیفی انجام شده است . ۵۲ بیمار مبتلا به ویتیلیگومراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) بعد از اخذ موافقت وارد طرح شدند . وسعت و توزیع بیماری پوستی آنها تعیین گردید . و مشخصات جمعیت شناختی ثبت شد . سپس پرسشنامه ۲۴ ماده ای هامیلتون برای تعیین شدت افسردگی جهت آنها تکمیل گردید . در گروه شاهد همسان از نظر سنی و جنسی که در معاینه پوست و معاینه عمومی سالم بودند مراحل مشابه انجام شد نقطه برش در این مطالعه برای مقیاس هامیلتون به صورت زیر تعیین شد: ۲۴-۱۷ افسردگی خفیف ، ۳۰-۲۵ افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا افسردگی شدید .
نتایج : در گروه مبتلایان به ویتیلیگو ۲۴ نفر (۴۶/۲٪) و در گروه شاهد ۳ نفر (۵/۸٪) دچار افسردگی بودند . میانگین نمره افسردگی در گروه بیماران ویتیلیگو ۱۷/۴۸ و در گروه شاهد ۵/۹ بود .

در گروه بیماران ویتیلیگو ۷/۶٪ سابقه اقدام به خودکشی داشتند . همچنین در گروه بیماران بین نمره افسردگی و سن ، جنس ، وضعیت تاهل ، درصد درگیری پوست ، آشکار یا نهان بودن ضایعات پوستی ، سابقه مراجعه به روانپزشک ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (P>0.05) .
نتیجه گیری: شیوع قابل ملاحظه افسردگی در این بیماران نشان دهنده نیاز مبرم به ارتباط نزدیک تر بین درماتولوژیست با روانپزشک جهت تشخیص و درمان بهتر مشکلات روحی و روانی این بیماران می باشد .
واژه های کلیدی : ویتیلیگو ، افسردگی ، مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون

مقدمه:

بیماران ویتیلیگو مخصوصاً مؤنث، مصراًه متقاضی درمان هستند و غالباً علی‌رغم فقدان هرگونه درگیری سیستمیک و ناتوانی خاص جسمی دچار صدمات اجتماعی، خانوادگی و روحی شدید می‌گردند.

متأسفانه مطالعات روان‌پزشکی انجام شده بر روی این بیماران بسیار محدود می‌باشد و در مقایسه با سایر بیماری‌های پوستی مثل پسوریازیس که به خصوص از این نظر مورد توجه قرار گرفته و ارزیابی‌های وسیع در این بیماران انجام شده، توجه محدودی به مشکلات روان‌پزشکی در بیماران ویتیلیگو شده است. در صورتی که آثار یک بیماری پوستی در روابط اجتماعی ممکن است بسیار مشکل‌زا تر از محدودیت‌های جسمانی ناشی از آن باشد. جزء عمده‌ای از تصویر ذهنی بدن (Body image) را سلامت پوست تشکیل می‌دهد و مطالعات نشان داده است که افراد با مشکلات پوستی در نواحی مهم بدن ممکن است به وضوح افسرده باشند و اعتماد به نفس پایین داشته باشند (۱۴). افراد با ظاهر جاذب و زیبا غالباً از طرف مردم بهتر مورد قضاوت قرار می‌گیرند و در روابط اجتماعی با هم‌تایان، دوستان و غریبه‌ها بهتر با آنان رفتار می‌شود. بر عکس افراد با ظاهر نقایص جسمانی آشکار برای حفظ روابط مناسب نیازمند تلاش مضاعف هستند. روابط آنها با هم‌تایانشان اجباری و تنش‌زاست و حالت تصنعی در روابط کلامی و غیر کلامی دیگران با آنها مشهود است (۱۵). اتفاق نظر بر این است که افراد خانواده بیشترین حمایت را از افراد دچار ظاهر نازیبا به خاطر بیماری پوستی به عمل می‌آورند و بیشترین مشکل این افراد با غریبه‌هاست (۱۶).

در یک مطالعه بیش از نیمی از افراد مبتلا به ویتیلیگو اظهار داشتند که غریبه‌ها به آنها خیره می‌شوند، ۲۰ درصد اظهارداشتند که به آنها عناوین بی‌ادبانه اطلاق می‌شود و یک سوم اظهار داشتند که به خصوص روابطه شان با غریبه‌ها مشکل‌زا است (۱۷، ۱۸)، اما در جامعه ما این

ویتیلیگویک بیماری اکتسابی پوست با شیوع حدود ۱٪ در جمعیت می‌باشد (۱). احتمالاً شیوع این بیماری در نژادهای

تیره پوست بیشتر (و بار اجتماعی ناشی از آن نیز سنگین‌تر) است. مشخصه این بیماری بروز یک یا چند لکه دیپگمانته پوستی در اثر تخریب ملانوسیت‌های منطقه می‌باشد.

علت تخریب ملانوسیتی نامشخص است ولی مکانیسم‌های پاتوژنیک احتمالی شامل مکانیسم‌های ژنتیک، نورال، بیوشیمیایی، ویرال و اتوایمیون هستند (۶، ۷). در حال حاضر درمان‌های طبی مختلف شامل: استروئیدهای موضعی، فتوکوتراپی با استفاده پ‌سورالن - UVA و narrowband UVB و لیزر برای این بیماری در دسترس می‌باشد (۷).

مطالعات جدیدتر در مورد مداخلات ایمونولوژیک با استفاده از لوامیزول (۸) ایزوپرینوزین (۹) و تاکرولیموس موضعی بحث می‌کنند (۱۰). روش‌های درمان جراحی شامل Full thickness پانچ گرافت، گرافت _ split thickness suction blister graft و پیوند سوسپانسیون کشت شده ملانوسیت کراتینوسیت می‌باشد (۱۲، ۱۱)، و اخیراً پیوند سوسپانسیون کشت ملانوسیت خالص نیز انجام شده است (۱۳).

علی‌رغم تلاش‌های انجام شده و موفقیت‌های کم و بیش، آن چه به عنوان روش درمانی قابل انتخاب در دسترس ماست محدود می‌باشد و اکثراً ناچاریم ناتوانی خود را در کنترل سیر پیشرونده بیماری به بیمار اعتراف کنیم.

از سوی دیگر، زمینه تیره پوست مردم کشور ما (اکثراً تیپ III و IV) که باعث وضوح ضایعات می‌شود، وجود عقاید اشتباه مبنی بر مسری بودن این بیماری و همچنین مشکلات زناشویی ناشی از آن باعث می‌شود تحمل بار این بیماری «صعب‌العلاج» برای بیمار (به خصوص بیماران زن) طاقت فرسا گردد.

۱۰۴ فرد در این مطالعه شرکت داده شدند. از آنجا که شمار آزمودنی‌ها محدود و دسترسی به بیماران دارای شرایط دشوار بود، از بیمارانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند خواسته شد که به پرسشنامه‌های مربوط پاسخ دهند. ۵۲ بیمار مبتلا به ویتیلیگو (۳۸ زن و ۱۴ مرد) مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در این مطالعه شرکت کردند تشخیص بالینی ویتیلیگو توسط مؤلفین اول و دوم انجام گرفت.

سن بیماران بین ۱۳ تا ۶۰ سال (میانگین سنی $\bar{X} = 27/5$ و $SD = 13/7$) ۲۶ بیمار متأهل و ۲۶ نفر مجرد بودند. گروه شاهد از همراهان بیماران مختلف مراجعه کننده به درمانگاه که در شرح حال و معاینه پوستی سالم بودند انتخاب شدند و از نظر سنی و جنسی با گروه بیمار همسان گردیدند (میانگین سنی $\bar{X} = 27/8$ و $SD = 12/8$). خلاصه تجزیه و تحلیل خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱، ۲ و ۳ آمده است.

بیماران علاوه بر مشکلات شان در روابط با غریبه‌ها دچار مشکلات خانوادگی جدی نیز هستند و به نظر می‌رسد که از سوی خانواده خود نیز حمایت مناسبی دریافت نمی‌کنند. بنابراین، بسیاری از افراد مبتلا به ویتیلیگو به خاطر مشکل خود مضطرب و خجالت‌زده هستند و در بسیاری از جنبه‌های زندگی دچار تبعیض می‌شوند، تمایل بسیاری از پزشکان به کم اهمیت جلوه دادن این بیماری نیز یکی از مشکلات بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌باشد.

در صورت توجه به سایر ابعاد بیماری ویتیلیگو در زندگی بیمار شاید بتوان ضعف خود را در درمان و کنترل مشکل پوستی با حمایت و درمان مناسب روان‌پزشکی وی تا حد ممکن جبران نماییم.

هدف این مطالعه تعیین میزان افسردگی بر اساس مقیاس Hamilton depression test در بیماران مبتلا به ویتیلیگو و مقایسه آنها با افراد کنترل سالم می‌باشد.

روش کار:

پژوهش از نوع پژوهش‌های مقطعی تحلیلی -

توصیفی است؛ طی یک دوره ۶ ماهه (خرداد - آذر ۱۳۸۳)

جدول شماره ۱ - خلاصه تجزیه و تحلیل ویژگی‌های جمعیت شناختی جنس، وضعیت تأهل، اشتغال، سابقه بیماری پوستی و روانی

و داشتن فرزند در ۵۲ بیمار مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۳۸۳ و گروه کنترل

سابقه بیماری روانی در خانواده براساس گفته بیمار	سابقه بیماری ویتیلیگو در خانواده		وضعیت اشتغال		داشتن فرزند		وضعیت تأهل		جنس		تعداد	گروه مبتلایان	
	ندارد	دارد	خانه‌دار	شاغل	ندارد	دارد	متأهل	مجرد	مرد	زن			
۳۹	۱۳	۳۵	۱۷	۲۳	۲۹	۳۳	۱۹	۲۶	۲۶	۱۴	۳۸	تعداد	گروه مبتلایان
۷۵	۲۵	۶۷/۳	۳۲/۷	۴۴/۲	۵۵/۸	۶۳/۵	۳۶/۵	۵۰	۵۰	۲۶/۹	۷۳/۱	درصد	گروه مبتلایان
۵۱	۱	۵۲	۰	۲۱	۳۱	۲۹	۲۳	۲۶	۲۶	۱۴	۳۸	تعداد	گروه کنترل
۹۸/۱	۱/۹	۱۰۰	۰	۴۰/۴	۵۹/۶	۵۵/۸	۴۴/۲	۵۰	۵۰	۲۶/۹	۷۳/۱	درصد	گروه کنترل
۹۰	۱۴	۸۷	۱۷	۴۴	۶۰	۶۲	۴۲	۵۲	۵۲	۲۸	۷۶	تعداد	کل گروه
۸۶/۵	۱۳/۵	۸۳/۷	۱۶/۳	۴۲/۳	۵۷/۷	۵۹/۶	۴۰/۴	۵۰	۵۰	۲۶/۹	۷۳/۱	درصد	کل گروه

جدول شماره ۲- خلاصه تجزیه و تحلیل ویژگی‌های جمعیت شناختی تحصیلات، سابقه مراجعه به روانپزشک و بستری در بیمارستان روانی در ۵۲ بیمار مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در ۱۳۸۳ و گروه کنترل

سابقه بستری در بیمارستان روانی		سابقه مراجعه به روانپزشک		تحصیلات				تعداد	گروه همبستگی
				بیسواد و ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان و دیپلم	فوق دیپلم و بالاتر		
۵۱	۱	۳۸	۱۴	۵	۱۳	۲۱	۱۳	تعداد	گروه همبستگی
۹۸/۱	۱/۹	۷۳/۱	۲۶/۹	۹/۶	۲۵	۴۰/۴	۲۵	درصد	
۰	۰	۵۱	۱	۱۴	۱۶	۱۳	۹	تعداد	گروه کنترل
۰	۰	۹۸/۱	۱/۹	۲۶/۹	۳۰/۸	۲۵	۱۷/۳	درصد	
۵۱	۱	۸۹	۱۵	۱۹	۲۹	۳۴	۲۲	تعداد	کل دو
۹۸/۱	۱/۹	۸۵/۷	۱۴/۳	۱۸/۳	۲۷/۹	۳۲/۷	۲۱/۲	درصد	

منابع

1. Braun Wald F., et al: Harrison's principles of internal medicine, Williams & Wilkins, 15th Edition, 2001, 1551-1565.
2. Shaul G., Ricardy Glasscock M.: Text book of nephrology, Williams & Wilkins, 3rd Edition, 1995, 1279-1284.
3. Iqbal SQ., Piraino B.: Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients, semin dial. 2005, Mar-Apr, 18(2):119-23.
4. Watnick S., et al: The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis, Am J kidney dis. 2003 Jan, 41(1):105-10.
5. Tanaka K., et al: The features of psychological problems and their significance in patients on hemodialysis with reference to social and somatic factors. Clin-ephrol. 1999 Mar, 51(3): 61-76.
6. Lye W.C., et al: Psychosocial and psychiatric morbidity in patients on CAPD. Adv-Perit. 1997, 13:134-6.
7. Chen Y.E., et al: Relationship between dialysis adequacy and quality of life in long term peritoneal dialysis patients. Perit Dial Int. 2000 Sep-Oct, 20(5): 534-40.
8. Livesley W.J.: Factors associated with psychiatric symptoms in patients undergoing chronic hemodialysis. Can J Psychiatry. 1981 Dec, 26(8): 562-6.
9. Iacovides A., Fountoulakis K.N., et al: Relationship of age and psychosocial factors with Biological ratings in patients with end stage renal disease undergoing dialysis, Aging clin Exp Res. 14(5), 2002 Oct, 354-60.

10. Zimmermann P.R., de Figueiredo CE., Fonseca N.A.: Depression, anxiety and adjustment in renal replacement : a quality of life assessment, *clin- Nephrol* , 2001 Nov , 56(5) : 378 –90.

11. Liu Z.Z.: Depressive state complicated with chronic renal failure treated by CAPD .1989 Jun, 22(3), 168-70.

۱۲ – ظهیرالدین، ع؛ صمیمی اردستانی، س م؛ حیاتی، م: بررسی میزان افسردگی در بیماران تحت دیالیز دائم در بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۸۲

13. kutner N.G., Fair P.L., Kutner M.H.: Assessing depression, Anxiety in chronic dialysis patients, *J psychosom Res* , 1985 , 29(1) : 23-31.

14. Lamerire N., Mehta R.L.: Complications complications of dialysis, *Macel Dekker* , 2000:591.

Archive of SID